

術後診査票

カルテ番号 _____

担当医 _____

コーディネータ _____

記録年月日 西暦 年 月 日

本プロトコルの記録は、補綴治療が終了した後にご記入ください。

患者情報

カテゴリー 全部歯列欠損, 部分歯列欠損, 歯質欠損 (複数選択可)

年齢: () 歳

性別: 男性, 女性

内服薬: ()

身長: () cm

体重: () kg

<治療内容>

- ①クラウン・ブリッジ (種類)
 - ②インプラント義歯 (種類)
 - ③可撤性部分床義歯 (種類)
 - ④全部床義歯 (種類)
- (部位を以下の図に書き込んでください)



ご苦労様でした.